様式第４号(第８条関係)

人間ドック等受診変更申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証番号 | |  | | 助成券番号 | | | 第　　　号 | | |
| 世帯主氏名 | |  | | | | | | | |
| 受診者氏名 | |  | | | | 性　別 | | | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| 住　　　所 | | 松崎町  　　　　　　　　　　　　　　（電話） | | | | | | | |
| ドック種別 | | 人間ドック（１日）　・　人間ドック（短期）　・　脳ドック | | | | | | | |
| 変　更　内　容 | 受診助成券  の取扱い | １　人間ドック等助成申請を取消します。  （理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ２　人間ドック等の受診内容を以下のとおり変更します。  ３　人間ドック等受診助成券の返却  ４　人間ドック等受診助成券の修正  ５　人間ドック等受診助成券の再発行 | | | | | | | |
| 変　更　前 | | | | 変　更　後 | | | | |
| 受診医療機関名 | |  | | 受診医療機関名 | | |  | |
| 受診予定日 | |  | | 受診予定日 | | |  | |

上記のとおり人間ドック等受診申請書の内容を変更したいので、松崎町国民健康保険人間ドック等受診費助成事業実施要綱第８条に基づき申請します。

年　　月　　日

松崎町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名